

Compliance som elastisk begreb

Lina-Klara Hoel Felde

Begrebet compliance refererer – på et medicinsk sprog – til, hvorvidt patienterne efterfølger lægens eller sundhedspersonalets ordinationer og råd. Compliance tages for givet som en absolut sandhed og en moralsk standard. Compliance kan ses som en ideologi, tæt knyttet til det, der beskrives som medicinens dominans og kontrol (Trostle 1988; Conrad 1985). Compliance bliver et *a priori* absolut, der, i princippet, eksisterer i sin egen ret, separeret fra kontekster og praksis.

Et empirisk materiale baseret på interview med folk med den 'symptomløse sygdom'¹ højt kolesterol (en såkaldt medicinsk risikofaktor for hjerte- og karlidelser) leder dog opmærksomheden hen på, hvordan begrebet compliance også kan anskues som et *elastisk* begreb (Holstein og Gubrium 2000a). Som en diskurs – et mulighedsforhold - der produceres og reproduceres (Foucault 1977), når folk med højt kolesterol kontinuerligt og kontekstuel 'gør' compliance. Som et ikke-færdigt, kommende, ikke-perfekt og kontekstuel begreb, der bliver til i en kontinuerlig compliance-praksis. Som en compliance, der hele tiden er på vej et nyt sted hen. Som en elastisk compliance, der formes fra kontekst til kontekst (Garfinkel 1967).

Det er de skiftende kontekster, der gør compliance elastisk. En compliance, der kontinuerligt bliver til i forskellige, kontekstuelle compliance-versioner fra situation til situation i den daglige sociale praksis - når det høje kolesterol håndteres i takt med hverdagslivets skiftende rytmer og roller, som f.eks. i takt med det at være mor, ferierende, i byen etc. Der eksisterer således en mor-compliance, en ferierende-compliance, en i byen-compliance etc.²

Det er en konstruktionistisk etnometodologisk- og foucault-orienteret metodologi - anvendt i de empiriske analyser - der er det, der løfter den elastiske forståelse af compliance frem (Garfinkel 1967; Foucault 1977; Gubrium og Holstein 1997). Denne artikels formål er at demonstrere og drøfte, hvordan anvendelsen af denne metodologiske retning åbner op for at forstå og diskutere compliance som et elastisk begreb. Dette vil artiklen gøre igennem en præsentation af empiriske eksempler, der viser sammenhængen mellem de anvendte metodologiske greb og elastikken i compliance-begrebet. Artiklen vil vise, hvordan denne metodologi og compliance-analyse afslører en empirisk-baseret og refleksiv kritik af medicinens absolutte compliance-begreb.

Compliance i litteraturen

I medicinsk akademisk litteratur, der anvender compliance-begrebet, synes formålet - ud fra en medicinsk standard for compliance - at være at få indblik i grunden til non-compliance og barriererne for optimale behandlingsbeslutninger. For dermed i næste omgang at være i stand til at optimere patienters behandlingsbeslutninger og adfærd og opnå compliance, set fra et medicinsk ståsted. Den kritiske compliance-litteratur peger på de ideologiske og normative sider ved begrebet; den kritiske litteratur forsøger at imødegå compliance-begrebet og erstatte det medicinske compliance-perspektiv med et patient-perspektiv (Trostle 1988; Conrad 1985). Indskrevet i denne kritiske compliance-tradition, har jeg tidligere introduceret og afprøvet anvendeligheden af fire *kontekst- og praksis-sensitiv* analytiske vokabularer i empiriske analyser, hvilket har ledt hen til forståelsen af compliance som et elastisk begreb (se Blumer 1969; Gubrium og Hol-

1 Eller snarere 'symptomløs *tilstand*'.

2 Hvilket kan drøftes som et pågående 'identitetsarbejde' eller 'biografisk arbejde' (Felde 2011a), hvor folk med højt kolesterol kontinuerligt skaber en mor-compliance-kolesterol-identitet, en ferierende-compliance-kolesterol-

identitet etc. i takt med de skiftende biografiske positioner som at være mor, ferierende etc.

stein 2009 for en drøftelse af anvendelsen af empiri- og praksis-sensitiverende begreber)³. Ligesom i den øvrige kritiske compliance-litteratur, blev det medicinske compliance-begreb hermed udfordret.

Sådan som jeg læser den tidligere kritiske compliance-litteratur, har denne litteratur afvist compliance-begrebet, givet et "substantivt" (dvs. ikke-praktisk, ikke-kontekstuel og ikke-processuel orienteret), naturalistisk og psykologisk orienteret, autentisk patient-perspektiv på sygdom, sygdomsadfærd og behandlingsbeslutninger ud fra patienternes egen verden, "deres verden" (Trostle et al. 1983; Conrad 1985; Donovan og Blake 1992; Hunt et al. 1989). Compliance-begrebet er forsøgt erstattet og re-konceptualiseret med et andet substantivt - ikke-processuel - begreb, som f.eks. 'self-regulation', 'the meaning of medication', (Conrad 1985), 'a logic of non-compliance' (Trostle et al. 1983), 'adherence' eller 'concordance'. Begreber, der ikke er sensitive over for skiftende kontekster eller praksis, men netop er separeret fra praksis og kontekst. Det er sensitiviteten over for – og vekselvirkningen med - praksis og skiftende kontekster, der derimod altså er mit fokus. Jeg intenderer ikke at formidle et autentisk patient-perspektiv på compliance, set fra patienternes "egen verden". Min intention er, som kritisk empirist og uden et normativt sigte, i stedet at *udvide* det ellers absolutte compliance-begreb, ud fra anvendelsen af *praksis-* og *kontekst-*sensitive begreber – og at give en moralsk (men ikke etisk) vision omkring det. Og dermed tilføje den kritiske compliance-litteratur et nyt praksis-perspektiv. På den måde bevares anvendelsen af compliance-begrebet, men det bliver udfordret og tvistet.

Interview – procedure og tilgang

Interviewmaterialet, som analysen af det elastiske compliance-begreb er forankret i, blev udført i 2005-2007 og består af interview-samtaler mellem mig og inviterede deltagere, der alle havde fået målt et højt kolesteroltal i blodet: Interview med 15 enkeltpersoner

(nogle over flere omgange), et interview med tre søskende sammen, et interview med et ægtepar sammen og et interview med to veninder sammen. Interviewene varede fra en time og op til tre timer. Interviewenes omdrejningspunkt var deltagernes håndtering af højt kolesterol i hverdagen og hvordan deres håndtering af kolesterolet formes i social sammenhæng - og dermed hvordan "fortællinger" om håndteringen af højt kolesterol dannes socialt og bruges i håndteringen af kolesterolet.

Alle deltagere var i kolesterolsænkende behandling, som dels består af tabletbehandling og dels forsøg på at lægge kosten om til en mere kolesterol- og fedtfattig kost, eventuelt kombineret med andre såkaldte livsstilsændringer som f.eks. mere motion. Jeg søgte variation i deltagernes fortællinger om håndteringen af kolesterolet. Derfor valgte jeg deltagere med varieret (samfunds-)geografisk placering (Esbjerg og Vestjylland, Odense og Fyn og Vesterbro i København, nogle fra by og nogle fra landet), både mænd og kvinder og med forskellig alder. Jeg søgte videre variation blandt deltagere i forhold til, hvorvidt de havde haft hjerte- og karlidelser, og hvorvidt de var bekendt med eventuel hjerte- og karlidelse i deres familie. Nogle af deltagere blev rekrutteret via deltagernes egen praktiserende læge, mens andre blev rekrutteret via mine kolleger og bekendte. Nogle interview forløb på et kontor hos deltagernes egen læge, de fleste interview foregik i deltagernes eget hjem og nogle interview på mit kontor. Interviewene blev båndet og transskriberet i fuld længde af mig selv, med tilladelse fra deltagere. Alle deltagere er anonymiseret.

Idet det var nysgerrigheden over for social konstruering af fortællinger om håndteringen af en såkaldt medicinsk risikofaktor - dvs. nysgerrigheden over for, hvordan disse fortællinger skabes og bruges af folk med risikofaktoren i social sammenhæng - der var mit forskningsmæssige udgangspunkt, blev det centralt at undersøge, hvordan deltagere i interviewene i den sociale *interaktion* i samarbejde, forhandling og konfrontation taler om håndteringen af kolesterolet. Og hvordan de dermed i den sociale interaktion i interviewet skaber og bruger de sociale fortællinger om håndteringen af kolesterolet; f.eks. hvad der er acceptabelt og hvad der ikke er acceptabelt i social sammenhæng. Altså: Jeg var interesseret i, hvordan fortællingerne om håndteringen

3 De fire afprøvede vokabularer er liminalt rum, temporalt limbo, benchmarks og biografisk arbejde (Felde 2011a, 2011b, 2011c, 2011d). Det var den analytiske afprøvning af de praksis- og kontekstsensitiverende begreber i karambolage og samspil med det empiriske materiale, der var det, der formede det elastiske compliance-begreb.

af det høje kolesterol blev *talked into being* i interviewet, forstået som *talk-in-interaction* og 'interpretativ praksis' (Holstein og Gubrium 1995).

Det var derfor, jeg valgte interview-samtaler i grupper, hvor deltagerne i hver gruppe kendte hinanden fra familierelationer eller som venner. Og de individuelle interview blev forstået som en interaktion mellem den interviewede og mig. Fokus var kontinuerligt på, hvordan fortællingerne om håndteringen af det høje kolesterol blev til igennem den sociale interaktion. Min intention var dermed at åbne op for forskellige "lag" af sociale fortællinger om håndteringen af kolesterotet: Dels den socialt-interaktive tilblivelse af en "stor" fortælling om, hvordan kolesterotet "bør" håndteres – der afspejler den medicinske definerede compliance. Dels hvordan denne "store" fortælling skabes og justeres til "mindre" fortællinger i social interaktion (der kommer et ekstra lag på, når interviewdeltagerne kender hinanden, som f.eks. søskende gør) – der afspejler en kontekstuel justeret version af den medicinske compliance. Og dels den enkeltes fortælling, når den enkelte trækker på og justerer den "store" fortælling og de "mindre" fortællinger til sine "små" fortællinger om, hvordan de selv håndterer kolesterotet (der også afspejler en kontekstuel justeret version af den medicinske compliance). Hvilket også åbner op for, hvordan denne lille fortælling stadig er socialt sanktioneret, idet den stadig præsenteres for andre i samtalen, der kan konfrontere og redigere i den.

Idet fokus således var på den sociale interaktion – selve *kammerspillet* – i interviewene og *hvordan* deltagerne sammen konstruerer de fortællinger, interviewmaterialet konkret kommer til at indeholde, anskuede jeg deltagerne i samtalen, inklusive mig selv, som *aktive* deltagere; aktive subjekter, der sammen med de andre deltagere i samtalen *re-præsenterer* de fortællinger om kolesterotet, der interaktivt bliver til i interview-samtalen (Holstein og Gubrium 1995). Ved at tænke de interviewede som aktive deltagere, forsøgte jeg såvel i samtalen som i analysen bagefter at være opmærksom på og afsøge, hvordan deres håndtering af kolesterotet kan *skifte i forskellige kontekster* og situationer, når de har forskellige hatte på (som f.eks. de skiftende positioner mor, ægtefælle, ferierende, søster, bror, festedtager etc.), dels i selve interviewet og dels i det hverdagsliv, de fortæller om i interviewet. Det åbnede op for at se, hvordan de dannede en form for compliance, når de var ægtefælle derhjem-

me, en anden form for compliance, når de var ferierende, en tredje form, når de var til fest etc. Samtalen åbnede også op for sammenligninger mellem dem selv og andre (uden for og i interviewet).

Jeg deltog aktivt og spurgte f.eks. – for at afsøge en kontrasterende fortælling og flytte konteksten: "Er der situationer, hvor du håndterer kolesterotet på en anden måde?" Eller: "Min mor, som også har højt kolesterol, har fortalt, at... Hvad tænker du om det?" Eller: "Hvis jeg var dig, ville jeg synes det var underligt at skulle tage medicin for noget, jeg ikke kunne mærke..."

Interviewene forløb som netop fleksible samtaler, der blev til hen ad vejen. Jeg havde en løs tematisk interviewguide med til samtalen. Men interviewet blev styret mere af de forskellige emner, vi talte os ind i i løbet af samtalen, og af de skift i kontekster, situationer og positioner, som samtalen ledte os igennem, end de punkter interviewguiden rummede.

En sådan "aktiv" tilgang til interviewet og deltagerne (Holstein og Gubrium 1995 for en mere udførlig beskrivelse og drøftelse af anvendelsen af det "aktive interview") – med fokus på deltagernes kontekstuelle skift mellem situationer og positioner i interviewet og disse aktive subjekters kontinuerlige konstruering af compliance igennem tale og interaktion – ledte altså opmærksomheden hen på en forståelse af compliance-begrebet som elastisk. Denne aktive tilgang til interviewet afspejles i de anvendte metodologiske og analytiske greb, som er det, der beskrives i de følgende afsnit.

Metodologiske greb og den elastiske compliance

Den medicinske definerede compliance – den medicinske-institutionaliserede diskurs compliance eller compliance på det medicinske sprog – refererer i denne artikel til deltagernes efterlevelse af rådene om en medicinske defineret optimal behandling med kolesterolsænkende medicin og anbefalede kostomlægninger. Kolesterolsænkende medicin og anbefalede kostomlægninger kaldes her de medicinske regimer. Således bliver compliance på det medicinske sprog et udtryk for efterlevelse af de medicinske regimer.

'Breaching demonstrations' – dilemmaet mellem syg og rask

Som allerede introduceret, ses højt kolesterol i denne artikel som en 'symptomløs sygdom'. Denne anskuelse

– den 'symptomløse sygdom' - er en præmis for analysen af compliance som et elastisk begreb. Folk, der har højt kolesterol, befinder sig dermed i et tvetydigt dilemma – et ingenmandsland eller liminalt rum - mellem at være syg og rask eller syg og rask på samme tid. På den ene side angiver et tal og de medicinske regimer (hvad der svarer til den medicinsk definerede compliance), at der er tale om en sygdomstilstand. På den anden side er tilstanden oftest uden mærkbare kropslige signaler, uden symptomer. Metoderne, vi ellers bruger til på selvfølgelig vis at definere, forstå og praktisk håndtere – herunder grundgive - en tilstand som syg eller rask, er således brudt sammen. Der er slet og ret "skabt ballade i den".

Baseret på Garfinkels ide om '*breaching demonstrations*' og som en parallel til Garfinkels empiriske eksempel med den interkønnede Agnes (hemafrodite) (se nedenfor), antager jeg, at dette dilemma mellem at være syg og rask kræver – prompter og afslører – de metoder, folk med højt kolesterol hele tiden fra kontekst til kontekst bruger til at håndtere tilstanden og skabe compliance (Garfinkel 1967; 1964; 1960). Dvs. dilemmaet synliggør, hvordan de er compliant med de regler, der er gældende for håndteringen af tilstanden, på skiftende vis ud fra skiftende kontekster i deres sociale hverdagspraksis med kolesterotet. Dilemmaet mellem at være syg og rask kræver, at deltagerne kontinuerligt – kontekstuel - navigerer mellem de medicinske regimer (den medicinsk definerede compliance) på den ene side og forskellige forhold (som f.eks. roller, regler og normer, vaner og rutiner) i hverdagslivet på den anden side. Deltagernes brug af de medicinske regimer får således først mening ud fra den kontekst, hvori de bruges, dvs. når de navigeres op imod - og sammenkædes med - skiftende kontekstuelle hverdagsforhold. Compliance (dvs. efterlevelsen af de medicinske regimer) bliver således defineret og konstrueret i form af skiftende, hele tiden kommende versioner, alt efter forholdene i hverdagslivet "her og nu", fra en kontekst til den næste. Og det er altså disse kontekstuelle skift fra et "her og nu" til det næste "her og nu", der gør compliance elastisk.

'*Breaching demonstrations*' er, med Garfinkel, en analytisk strategi, hvormed der kan undersøges, hvordan de tagen-for-givne, synlige, men upåagtede, sociale metoder virker i praksis - skabes og bruges - af os som mennesker til at danne, forstå og handle i verden.

For at undersøge disse metoder, foreslår Garfinkel, at vi analytisk-strategisk forsøger at lade de tagen-for-givne, upåagtede metoder bryde sammen – han foreslår, at vi forsøger at *lave ballade (make trouble)* (Garfinkel 1967):

"Procedurally it is my preference to start with familiar scenes and ask what can be done to *make trouble* (my italics). The operations that one would have to perform in order to multiply the senseless features of perceived environments; to produce and sustain bewilderment, consternation, and confusion; to produce the socially structures of anxiety, shame, guilt, and indignation, and to produce disorganized interaction should tell us something about how the structures of everyday activities are ordinarily and routinely produced and maintained" (Garfinkel 1967: 37-38). Dermed bliver vi, analytisk, i stand til at undersøge og se de metoder, som ellers er tagen for givne, idet deltagerne (og interagerende aktører) bliver nødt til at konstruere – samtidig som de afslører - de metoder (metoder til at håndtere en tilstand som f.eks. en symptomløs tilstand eller interkønnethed), der ellers er tagen for givne og upåagtede. Det er altså dette, der ligger i Garfinkels ide om '*breaching demonstrations*', og han anvender 'Agnes', hemafroditen, som eksempel:

Agnes er socialt et tvetydigt dilemma mellem kvinde og mand. De tagen-for-givne metoder til at definere, forstå og håndtere Agnes som enten kvinde eller mand (både for Agnes selv og dem, hun interagerer med) er brudt sammen. De tagen for givne metoder til at definere køn – måske såvel biologisk som socialt køn - er brudt sammen. Agnes kan dermed synliggøre de metoder, der bruges til konstruktionen af og håndteringen af køn socialt. Tilsvarende er de tagen-for-givne metoder til at definere, forstå og håndtere højt kolesterol som enten en syg eller rask tilstand brudt sammen, idet jeg analytisk-strategisk, altså som *første præmis*, anskuer højt kolesterol som en symptomløs sygdom (dilemmaet mellem en sygdomstilstand og en rask tilstand). Metodesammenbruddet refererer altså til det tvetydige dilemma mellem det syge og det raske. Ved at trække på Garfinkels ide om *breaching demonstrations* og parallellen til Agnes, antager jeg, som den *anden præmis*, at dilemmaet mellem at være syg og rask indebærer, at folks selvfølgelige metoder til at definere det syge og raske er brudt sammen. Hvilket gør det muligt at

undersøge, hvordan compliance (med de medicinske regimer) ”gøres” under skiftende kontekstuelle hverdagsforhold.

Indeksikalitet og refleksivitet i den diskursive compliance

For at undersøge, hvordan compliance således kontinuerligt konstrueres kontekstuel i social praksis, har det i udgangspunktet været nødvendigt at de-konstruere det tagen-for-givne compliance-begreb. Begrebet blev altså de-konstrueret for at undersøge, hvordan deltagerne ”gør” – praktiserer, sammensætter, grundgiver og retfærdiggør - begrebet igennem den måde, hvorpå deltagerne i interviewet taler om (Garfinkel 1967) deres (compliance-)praksis med højt kolesterol. “Deconstruction is a way of working backward from the taken-for-granted realities of everyday life to the contexts and practices that constitute them, documenting the production process. The goal is to make visible the methods by which the realities (...) are accomplished” (Holstein og Gubrium 2000b: 47). Begrebet er således aldrig ”på ferie”, men derimod altid ”i arbejde”; betydningen bestemmes kontekstuel (se også Wittgenstein 1958).

Ud fra Garfinkels ideer om indeksikalitet og refleksivitet skabes compliance kontekstuel, når det sammenkædes med forhold i konteksten (Garfinkel 1967; Gubrium og Holstein 1997). Et forhold i en kontekst fungerer som indeks for compliance – dette forhold indekserer compliance, teknisk sagt - i netop denne kontekst ”her og nu”. Et forhold i en anden kontekst fungerer som indeks for compliance i denne den anden kontekst osv.

En sammenkædning – *'linkage'* - mellem den medicinsk definerede compliance (compliance på det medicinske sprog) og et særligt forhold (som f.eks. at være ægtefælle eller de sociale spiseregler i sociale sammenhænge sammen med andre) i dagligdagen er det, der i denne artikel danner en *kontekst* for konstrueringen af compliance (Gubrium Holstein 2009). På den måde skabes (den medicinsk definerede) compliance – på refleksiv, eller afspejlende, vis - kontinuerligt fra kontekst til kontekst som en hele tiden ny og kommende (version af den medicinsk-definerede) compliance ud fra den *samme* (medicinsk-definerede) compliance. Den hele tiden nye, kommende, ikke-færdige og ikke-perfek-

te compliance reflekterer – afspejler - den medicinsk definerede compliance. Eller: Hvis vi anskuer compliance som en diskurs: Compliance – som *'condition of possibility'* - produceres og re-produceres igennem den diskursive praksis af den medicinsk definerede compliance (Foucault 1977).

Diskursen compliance (substantivet) i skiftende kontekster på den ene side og den diskursive praksis af compliance (verbummet eller aktiviteten) bliver to sider af samme mønt. Compliance eksisterer således på samme tid i form af både en compliance-i-praksis (substantiv diskurs-i-praksis) og en compliance praksis (aktiv diskursiv praksis) (Gubrium og Holstein 1997). Compliance-i-praksis reflekterer – afspejler - compliance praksis og vice versa.

'Analytic bracketing' som analytisk program i compliance-analysen

De metodologiske greb i det analytiske program *'analytic bracketing'* (Gubrium og Holstein 1997, 2009) muliggør en undersøgelse af tilblivelsen af compliance-i-praksis igennem compliance praksis i det empiriske interviewmateriale.

Analytic bracketing indebærer, at analysen af det empiriske materiale skiftevis alternerer mellem det, Gubrium og Holstein benævner den aktive *'hvordan'*-side og den substantive *'hvad'*-side af hverdagslivets *'interpretative praksis'* (Gubrium og Holstein 1997): “Similar to Marx's notion of praxis, interpretive practice involves two reflexive components, one constitutively active, one meaningfully substantive.” (Gubrium og Holstein 1997: 115). Interpretativ praksis refererer i denne artikel til compliance, som den hverdagslivs-praksis, compliance er for deltagerne. “Interpretive practice is the work of everyday life. ”...” It refers to the constellation of procedures, conditions, and resources through which reality is apprehended, understood, organized, and represented in the course of everyday life” (Gubrium og Holstein 1997: 114).

Skiftevis *tilsidesættes* – de-konstrueres – hvad-siden og hvordan-siden af den interpretative praksis (compliance). Skiftevis tilsidesættes på den ene side *'hvordan'* for at undersøge *'hvad'*, og i næste omgang, på den anden side, tilsidesættes *'hvad'* for at undersøge *'hvordan'*, i en alternerende bevægelse frem og tilbage. Frem og tilbage mellem hvad og hvordan i en pågaaen-

de - aldrig færdig – bevægelse. Den kontinuerlige alternering: På den ene side undersøges *hvad*, deltagerne trækker på af ressourcer/forhold (i denne artikel den medicinske fortælling om compliance, dvs. de medicinske regimer, og hverdagslivets regler og roller) for at konstruere deres verden og hvad deres verden består af (i denne artikel compliance og deltagerens ”højt kolesterol-verden”). Og på den anden side undersøges *hvordan*, deltagerne trækker på disse ressourcer/forhold for at konstruere deres verden (compliance og deres ”højt kolesterol-verden”). Hvad-siden refererer til compliance-i-praksis. Hvordan-siden refererer til compliance praksis. Den skiftevis alternering refererer til, at der er en kontinuerlig refleksiv vekselvirkning mellem hvordan-siden og hvad-siden i den interpretative praksis.

Ved at anvende disse metodologiske greb – eller bevægelser – kontinuerligt i analysen af interviewmaterialet, åbnes der op for at undersøge, hvordan compliance bliver til i en *refleksiv vekselvirkning* mellem compliance-i-praksis (*hvad*) og compliance praksis (*hvordan*). Der åbnes op for at undersøge, hvordan deltagerne med højt kolesterol kontinuerligt sammenkæder den medicinsk definerede compliance (efterlevelse af de medicinske regimer) med dagligdags forhold (f.eks. forskellige roller som at være ægtefælle, ferierende og f.eks. forskellige regler og normer, der altså fungerer som ”indekser”). Og det er disse sammenkædninger, der altså danner konteksterne for deltagerens kontinuerlige formning af compliance-i-praksis – hvilket sker i en kontinuerlig compliance praksis. På denne måde bliver compliance-begrebet et *elastisk* begreb, der hele tiden skabes som compliance-i-praksis i skiftende kontekster. Og compliance-i-praksis dannes således, *refleksivt* (i betydningen afspejlende), fra den *samme* compliance, som bliver dannet igennem compliance praksis. I den kontinuerligt pågående refleksive vekselvirkning.

Anvendelsen, analytisk-strategisk, af *analytic bracketing* – i takt med den aktive interview-tilgang - leder ikke til et totaliserende ”*væg-til-væg*”-billede af deltagerens compliance, ej heller til et substantivt, *konstant* billede af deres håndtering af kolesterotet eller *hvorfor*. I stedet tegnes et hele tiden tilblivende, processuelt *praksis*-mønster af, *hvordan* deltagerne kontinuerligt skaber compliance og håndterer kolesterotet på skiftende vis i skiftende kontekster, ud fra deres sub-

stantive *hvad*-ressourcer (medicinske regimer, dvs. den medicinsk definerede compliance, og forhold i hverdagslivet).

Det analytiske program og de metodologiske greb, artiklen anvender, herunder analytic bracketing, kan således forstås som en *minimalistisk* teoretisk-metodologisk tilgang. Som et analytisk foretagende (’analytics’ og ’analytic enterprise’), der i sig selv bliver til igennem den empiriske praksis i det empiriske materiale. Som et foretagende, der bliver til igennem analysen af det empiriske materiale og de empiriske mønstre, der skabes og aftegnes af deltagerens konstruktion af compliance i det empiriske materiale - frem for som en forklarende og *totaliserende* teori, der er separeret fra kontekst og praksis (Gubrium og Holstein 2000, Gubrium og Holstein 2012)⁴. Det betyder dog samtidig ikke, at denne minimalistiske konstruktionisme-tilgang er radikal konstruktivisme eller relativisme (Gubrium og Holstein 2012):

Den kontinuerligt skiftevis tilsidesættelse og de-konstruktion (eller stillen-sig-indifferent-over-for) af hvordan-siden og hvad-siden af compliance forstås som *metodologiske* bevægelser og greb, frem for som statiske *ontologiske* brud (Gubrium og Holstein 1997)⁵. At det drejer sig om *metodologiske* bevægelser og ikke ontologiske brud betyder, at (den elastiske) compliance ikke er radikalt flydende, ej heller ikke-eksisterende, men derimod eksisterer for deltagerne igennem deres praksis som en fast størrelse ”her og nu”, som compliance-i-praksis, i en praktisk ”giv-og-tag” fra kontekst til kontekst (Gubrium og Holstein 2012).

Den elastiske compliance i empirien

Artiklen vil nu vise anvendelsen af de metodologiske greb igennem empiriske eksempler. Empiriske eksempler, der vil vise, hvordan compliance – compliance på det medicinske sprog – bliver et elastisk begreb i empi-

4 Det giver således ikke mening at tale om, at analysen er *enten* empiridrevet *eller* teoridrevet. Den anvendte minimalistiske teori og dens analytisk-strategiske begreber er empirisensitiverende. Den minimalistiske teori og det empiriske materiale er – på vekselvirkende vis – to sider af samme mønt og kan ikke separeres fra hinanden (se også Felde 2011a)

5 Der foretages samtidig et *epistemologisk* brud med den medicinske compliance for at undersøge, hvordan deltagerne konstruerer compliance (Felde 2011a)

rien i form af *skiftende versioner af compliance-i-praksis i skiftende kontekster*, idet deltagerne kontinuerligt praktiserer, justerer, redigerer, forhandler den medicinske definerede compliance i deres hverdagsliv. Intentionen med de følgende empiriske eksempler er at give et *snapshot* ind i deltagerenes *kontinuerligt pågående* compliance-hverdagslivspraksis. En foranderlig tegning af et praksis-mønster, men altså ikke det helhedlige, substantive fotografi.

Compliance på det medicinske sprog

I min (L) samtale med de tre søskende Tracey (T), Peter (P) og Nancy – ligesom i samtalerne med de andre deltagere – beskriver de, hvordan de i dagligdagen forsøger at efterleve de råd, de har fået om en kolesterol- og fedtfattig kost. De beskriver således compliance på det medicinske sprog. Her er et eksempel på dette:

T: Nu skal jeg fortælle dig, hvad jeg har fået at spise i dag. [L: Ja.] Til morgenmad fik jeg to stykker franskbrød med den fedtfattige ost med lav fedtprocent – der er 17 % fedt, gram, i den, sammenlignet med, hvis du tager en stor, tyk skive af den fuldfede ost. Og et glas med juice. Til frokost fik jeg et stykke rugbrød med et halvt æg og en tomat og et salatblad, og på det næste stykke rugbrød fik jeg en banan, og det næste stykke rugbrød med rosin, og til aftensmad fik jeg mager fisk og kogte kartofler og gulerødder og salat, og jeg...

P: Åh gud, du lever magert, asketisk.

Tracey og Peters samtale synes at demonstrere den medicinske definerede compliance, dvs. deres "store" fortælling om, hvordan kolesterolet bør håndteres, og om hvordan, de efterlever de medicinske regimer. Samtidig kan det være, at Peters replik – som en delvis bekræftelse af og delvis udfordring af hans søsters udsagn – leder opmærksomheden hen på, at der er konkurrerende regler eller normer for, hvordan kolesterolet bør håndteres i social sammenhæng. Den "store" medicinske fortælling om, hvad det vil sige at håndtere kolesterolet på den korrekte måde og være compliant, udfordres måske af en anden konkurrerende fortælling med regler om, at "man ikke skal være for asketisk". Den medicinske fortælling om efterlevelse af de medicinske regimer er oppe imod den anden, mindre asketiske, fortælling og oppe imod andre regler. Peter er måske på vej til at navigere mellem de medicinske regimer og hverdagsli-

vets andre vigtige forhold, forhold som for eksempel at efterleve en social regel om, at "man skal ikke være for asketisk". Dermed er han måske på vej til at justere den medicinske definerede compliance og skabe en ny kontekst med en ny, redigeret og nuanceret version af compliance. Compliance sammenkædes med det forhold, at "man skal ikke være for asketisk", hvilket fungerer som en indeks og danner en kontekst for en ny forståelse af compliance. En ny compliance-i-praksis.

Lad os gå videre til netop at se, hvordan de skiftende kontekster skaber flere udgaver af compliance-i-praksis igennem deltagerenes compliance praksis:

Kontekst 1: Compliance i takt med de eksisterende rytmer i dagligdagen

Ægteparret Tim (T) og Betty (B) viser i det følgende uddrag, hvordan de justerer den medicinske definition af compliance ud fra eksisterende rytmer – smag, rutiner, madvaner – i hverdagslivet. De sammenkæder den medicinske definerede compliance (efterlevelsen af kostændringerne) med deres eksisterende nydelsesrelaterede madvaner i deres daglige praksis – håndtering – af kolesterolet og de medicinske regimer. Dermed skaber de en kontekst for dannelsen af en ny version af compliance, en compliance-i-dagligdagen-praksis:

T: På det tidspunkt, hvor jeg fik at vide, at jeg havde forhøjet kolesterol, fik jeg at vide af min læge, at jeg ikke skulle spise den fuldfede ost, som jeg godt ku' lide. Jeg sagde til ham (lægen): "Glem det! Jeg kunne stikke tungen ud ad vinduet, og det ville være den samme smag som af den fedtfattige ost. Det smager af ingenting. Det ville være det samme som dem, du køber hos bageren, dem i skiver." Det er keeedeligt. Du bliver træt af det. Det er den samme mad igen og igen... gulerødder med rosiner og med nødder og de ting der, ikke... du kan ikke leve af den mad, ikke alene af den mad.

B: Mmm.

T: Du kan bare ikke leve med det. Jeg kunne i hvert fald ikke. Så du slækker lidt på det, snyder lidt og spiser noget andet.

B: Du er nødt til det.

T: For at leve! Du kan ikke spise marineret fisk uden sukker. Jeg elsker de fisk, men ikke uden sukker vel. Ikke engang min kat ville have den slags fisk. Heller ikke syltetøj uden sukker vel. Så, det kan du godt se,

nogle gange siger du: ”Nå, men jeg tager LIDT af det gode”, ikke, og så får du nogle ordentlige produkter med sukker og fedt i, men LIDT af det, en skive af den fuldfede i stedet for to. For helt ærligt, sukker-frit og fedt-frit, det smager ad helvede til, det smager fryyygteligt, ikke.

Tim viser, hvordan han redigerer den medicinsk definerede compliance ved at tage *lidt* af den fuldfede ost, *lidt* af de gode sager. På den måde bliver han compliant over for såvel de medicinske regimer som dagligdagens madvaner og nydelse. Compliance konstrueres således i denne kontekst i lys af dagligdagens eksisterende rytmer.

Vi kan også vende tilbage til de tre søskende, der ligeledes justerer den medicinsk definerede compliance i dagligdagen. ”De prøver at spise de rigtige ting”, som Peter udtrykker det, og som hans søster viste i det første uddrag. Således trækker de på den ”store” compliance-fortælling om efterlevelse af de medicinske regimer. Samtidig ”slækker de på det”, ”snyder lidt” nogle gange, som mange af deltagerne udtrykker det, og konstruerer en compliance i lys af en fortælling om, hvad der for dem er nydelse – for eksempel ”hvordan deres mor lavede frikadellerne” - i takt med dagligdagens rytmer, ”hvor alt ikke skal være så asketisk”:

T: Nogle gange føler jeg, at min krop ikke kan ha’ den fedtfattige kost, med gulerødderne og salaten, mere. Nogle gange skriger min krop efter en gryde med ordentlig sovs, der smager af noget, og om det er en hakkebøf eller frikadeller, med gulerødder, ikke også, frikadeller, som vores mor lavede dem, du kan føle dig godt tilpas, og du føler dig mæt. Efter en sådan omgang med sovs og frikadeller har du fået et godt aftensmåltid.

P: Nu skal jeg fortælle jer om en anden gang... det hænder nogle gange... vi prøver at spise de rigtige ting og så videre, men lad os tage eksemplet med frikadellerne; når du har spist dem, og du er færdig, så føler du varme i hele kroppen... det sker ikke med en rå salat. Men med frikadellerne, helt pludseligt så får du varmen. Det er som at komme kul, eller brænde, på ovnen, ikke også.

T: Nå du har fået din fedt-frie knækbrød til morgenmad med tre skiver agurk, et stykke rugbrød med en tomat til frokost, ikke også, og sådan noget hele dagen, så mangler du varme, ikke også, du har ikke

fået nok energi. Og det er ikke nødvendigt at stå over gryderne og lave mad i timevis, du kan bare komme en karbonade på panden, komme noget smør på, lave nogle kartofler og koge gulerødderne, og så får du varmen.

P: Helt ud i den store tå.

T: Som du selv siger: Vi kan ikke leve for asketisk hele tiden... det kan du bare ikke. Du har brug for at føle dig mæt, i stedet for den følelse, du har, når du bare har fået en salat.

En anden sekvens i samtalen med de tre søskende viser tilsvarende, hvordan de trækker på en fælles forståelse af, hvad der er den ”gode mad for dem”: Nogle gange har de bare behov for at spise et stykke brød med ”tandsmør”; så slækker de på diæten og snyder lidt inden for konteksten af ”tandsmørret”. På den måde konstruerer de forskellige, kontekstuelle, redigerede udgaver af compliance i dagliglivets praksis.

De tre søkende tydeliggør også, hvordan de sammen fastholder og trækker på såvel den store fortælling om medicinens definition af compliance, parallelt med, at de skaber og trækker på deres familiære, ”mindre” fortælling om, hvordan kolesteroleet skal håndteres; en familiær fortælling om, at livet ”ikke skal være for asketisk”, den familiære betydning af at få ”varmen ud i den store tå”, og en fælles historie i, hvordan ”deres mor lavede frikadellerne”. Dernæst er der hver enkelt private, redigerede ”lille” fortælling om, hvordan de gør compliance, hver især, delvis i opposition til de andre, delvis flugtende med de andre.

Der er flere eksempler på, hvordan den medicinsk definerede compliance redigeres ud fra familiære forhold:

Kontekst 2: Compliance i takt med familierelationer

De to veninder Anne (A) og Tina (T) forhandler og konstruerer sammen compliance i lys af familiære forhold, rollen og reglerne, der knytter sig til det at være en ”god ægtefælle”. Andre deltagere redigerer compliance i lys af at være en ”god mor”. I det følgende uddrag sammenkæder de to veninder den medicinsk definerede compliance med en familiær rolle i hjemmet og skaber dermed en ny kontekst for en ny version af compliance. De redigerer den medicinsk definerede compliance og skaber en version af compliance-i-familier-praksis:

A: Jeg gør det, at jeg laver frikadellerne derhjemme til min mand og mig med mindre fedt i.

T: Nå, jeg er så gift med Peter Petersen

A: Ja (ler kort).

T: ...og han vil have frikadeller lavet på SIN måde. (...) Jeg er gift med Peter Petersen, og han vil have smør på panden.

A: Ja. Det er klart.

T: Men du kan nemt stege i mindre... bare du har de gode pander, så behøves du ikke at bruge så meget smør på panden.

A: Ja. Det er rigtigt. Er det en Teflon, du har?

T: Eh, nej, men du behøver ikke at bruge så meget fedtstof. Når jeg har taget min kotelet op, kan jeg komme en god klat smør i på hans. Og så ordner vi det sådan.

Med deres version af compliance i familie-konteksten lever de op til såvel de medicinske regimer som de familiære roller og regler, idet de sparer på smørret, men samtidig trækker på ideen om at skabe familiehyggen omkring maden og være ansvarlig i hjemmet. De navigerer og forhandler en compliance i spændingen mellem compliance over for medicinen på den ene side og compliance over for hverdagslivets familiære krav, regler og roller.

Kontekst 3: Compliance i takt med festlige sammenhænge

Mange af deltagerne refererer til, at de i en ferie-kontekst slækker på deres kostregime og, som nogle fortæller, lader være med at tage kolesterolsænkende medicin "i den måned, vi var på ferie i New Zealand", som Poul fortæller. "Når vi er på ferie, spiser vi det, vi bliver budt" eller "Når vi er på ferie, slækker vi på det – da spiser vi nogle af de gode ting og snyder lidt", som deltagerne formulerer det. De tre søskende skaber en fælles fortælling om, hvordan de justerer ind og slækker på det kolesterol- og fedtfattige kosthold på deres ofte fælles ferier. De tænker på kolesterolet og kan finde på at snakke om det, passe på med nogle sorter mad og sige til hinanden, lidt grinende, at "det skal du da vist holde dig fra, det der, ikke", men de skal på den anden side også "nyde ferien". I fællesskab skaber og bruger de deres version af en ferie-compliance - en fortælling, hvor de både er compliant, på nuanceret form, over for ferierollen, spisereglerne og vanerne på ferie

på den ene side og, på justeret, tilpasset form, er compliant over for de medicinske diætregimer på den anden side. Deltagerne redigerer, justerer, nuancerer - og nogle gange afviser - dermed den medicinsk definerede compliance og danner versioner af compliance-i-ferierende-praksis.

De to veninder Anne (A) og Tina (T) forhandler de sociale spiseregler for, hvad der kan tillades og ikke tillades, når de er ude at spise. De viser i det følgende uddrag, hvordan compliance, altså deres efterlevelse af kostregimerne (som de holder fast i i hjemmekonteksten) nuanceres og justeres, når de sammenkædes med spisereglerne, der gælder for spisning sammen med andre uden for hjemmet. De viser dermed, hvordan de danner en compliance-i-spisning-ude-praksis:

T: Se, når jeg er hjemme, så lader jeg være med at spise flødeskummet. Eller så lader jeg det ligge, hvis vi får en flødeskumskage eller... Men når jeg spiser ude, kan jeg ikke få mig selv til at skrabe flødeskummet af. Jeg kan bare ikke få mig selv til at levne. Du skal ikke levne, ikke også.

A: Nej, så...

T: Og nogen kunne bemærke det og gøre et stort nummer ud af det. (...) Når du spiser ude, skal det ikke være sådan, at du ikke kan spise maden, hvis du ikke kan tage det ekstra fedtstof til side.

A: Nej, nej. Hvis jeg er ude, og vi får et smørrebrød med smør, så spiser jeg det. Det er helt sikkert, i hvert fald. Oooog jeg gør ikke sådan her (viser med hånden) og skraber smørret af.

T: Det er lige præcis det, jeg siger; når jeg spiser ude, så spiser jeg det, jeg får serveret.

A: Nå, ja, jeg skal nu ikke, for... nogle gange, når vi har været til gymnastik sammen, ikke også, og når vi så er færdige, så får vi et smørrebrød med rejer og... og almindeligvis snyder de ikke; de bruger ordentligt smør, for det gælder deres rennome, ikke også (ler kort), men da har jeg nogle gange kunnet finde på at spørge kokken der, om han kunne lave et smørrebrød til mig uden smør, og det er ikke noget problem, det er fint nok, synes jeg.

T: Ja, men som du siger: Når jeg spiser ude og får serveret noget lækkert mad, et smørrebrød med rejer og det hele, og det smager af noget og ser lækkert ud, såååå...

A: Ja, helt sikkert.

T: ...siger jeg: Det er bare en enkelt gang, en gang imellem, og så siger jeg, at det er fint nok. Ikke. Ligesom Tina og Anne viser, hvordan de danner en ny version af compliance i lys af en forhandlet fortælling om de sociale spiseregler for spisning ude, viser Inge (I) i det følgende uddrag i interaktionen med mig (L), hvordan hun også justerer den medicinsk definerede compliance i lys af de skiftende kontekster som ferierende, gæst, værtinde og ved spisning ude. Inge tydeliggør en fortælling om compliance, hvor hun hele tiden, kontekstuel, navigerer mellem at efterleve de medicinske kostregimer på den ene side og at efterleve de forskellige roller og regler, der knyttes til at være ferierende, gæst, værtinde og spise ude:

I: Det kommer lidt an på, hvad vi skal... Ved du hvad, så skal vi ud til det ene, så skal vi ud til det andet, ikke også, og det er jo ikke altid lige nemt at holde det hundrede procent, vel, da, selv om jeg gerne ville.

L: Ja. I skal ud til det ene og ud til det andet...?

I: Ja.

L: Og så er det, at...

I: Og så er det, at der ryger lidt på, jo, ikke også. (L: Okay.) Ja. Og så skal vi have gæster og, jamen... sådan er det. (...) Men ved du hvad, jeg spiser ca. de her 600 gram grøntsager om dagen, og så spiser jeg frugt, og en gang imellem, så har jeg en sød tand, og så spiser jeg marcipanbrød (latter). Det kan jeg godt lide. Lidt mørk chokolade, det kan jeg også godt lide. Så kan det godt blive... det må man jo også godt, jo. Ja.

[Inge skifter derefter til en kontekst som ferierende. En feriekontekst, hvor hun, modsat mange af de andre deltagere, ikke slækker så meget på diætten, men derimod fastholder fortællingen om compliance på det medicinske sprog (f.eks. at hun skal spise fedtfattigt og undgå æg), samtidig som hun lever op til – er ”compliant” med – nydelsen af ferie:]

L: Hvordan er det, hvis du er i Thailand på ferie?

I: Ja, men det... det er nemlig sådan set fint, skal jeg sige dig, for det er sådan set et fedtfattigt køkken, de har der nede. Det går jeg jo efter. For jeg spiser jo meget af, du ved, det, de spiser der, det sætter jo gang i forbrændingen, med alle deres krydderier og... og det er jo også med, det er også sund morgenmad, men de har meget med æg... (L: Ja.

Okay.) ...men det undgår jeg jo. (L: Okay.) Ja. Det er kun hviden, at jeg ellers må få. Jeg må jo kun få, ja, faktisk et æg om ugen, jo, ikke også, et helt æg om ugen eller to, måske... (L: Ja.) ...kan jeg godt strække det til. Ja.

[Inge skifter videre til nye kontekster i situationer, hvor hun spiser ude eller er gæst:]

L: Hvordan, hvis du er ude på restaurant og spiser, eller...

I: Ja. Men ved du hvad, hvis jeg selv skal bestille, så ved jeg nok godt, hvad jeg skal bestille, ikke også, og så, når min mand er med, så kan jeg jo sidde og tage lidt fra ham, med grøntsager, og så bytter vi, sådan lidt... (L: Okay.) Ja. Og er vi for eksempel i byen og får vi noget, som sådan er meget fedt, det lader jeg jo ligge, ikke også, det er jo ikke... det er jo ikke uhøfligt at levne, jo, vel, det er det jo ikke. (L: Nej.) Så kan jeg godt sådan sidde og nippe lidt til maden. Og så tager jeg ikke to gange. Sådan er det (rømmer sig kort).

(...)

I: Men, du ved, når jeg sætter mig til et bord, ikke også, så kikker jeg så, diskret, så tænker jeg; ja, det kan du godt, og det andet der, det kan du ikke så godt tage ret meget af, men af høfligheds skyld, jamen ved du hvad, så tager... så smager man da lidt på det, ikke også, da.

L: Mm.

I: Og hvis man en enkelt... som regel tager jeg ikke to gange, men når... når det sådan går rundt, så tager jeg grøntsager, ikke også, dem kan jeg jo godt forsyne mig med, uden at virke... uden at virke, eh, hvad skal vi sige, eh, med, at jeg er på kur og sådan noget, ikke. (L: Mm.) Det er ikke uhøfligt at tage grøntsager, vel. Men altså man kan godt skele, sådan, du ved, sådan selv sortere lidt, hvad man skal have, og hvad, man ikke skal have. Ikke.

L: Men der er nogen, som jeg har snakket med; hvis de har gæster eller er ude i byen eller et eller andet...

I: Ja.

L: ...så spiser de LIGE præcis det andre spiser, altså... men det gør du ikke?

I: Nej, altså, jamen altså, hvis vi for eksempel er ude, og der kun er sovs og kartofler og kød, ikke også da, jamen så tager jeg to stykker kød, og så

tager jeg kun ÆN kartoffel, og den ene kartoffel, det er tilstrækkeligt, for jeg spiser ikke så mange kartofler, for der er for meget stivelse i, jo. (L: Å ja.) Ikke også da. Og så tager jeg kun en skefuld sovs. (L: Ja.) Men så gør jeg det, så snakker jeg lidt mere. Så får jeg den kartoffel til at strække utrolig langt. Og så tager jeg to stykker kød, for kød, det er jo sådan set bedre end at få alt det andet der med... sådan gør jeg altså, hvis det er, at jeg slet ikke kan slippe for at få sovs og kartofler, så gør jeg det på den måde der. (L: Netop, ja.)

I: Ja, og er der grøntsager, så hovedsagligt spiser jeg kun grøntsager, og så tager jeg kun en LILLE kartoffel...

[Inge bevæger sig videre til en kontekst, hvor hun selv er værtinde for sine gæster:]

L: Jeg husker (sidste gange, vi talte sammen), at du snakkede om, at hvis du havde gæster, så prøvede du også at tilpasse det lidt...

I: Ja. Men... men det gør jeg altid. Når vi har gæster, vil jeg altid lave noget med kød, en god sovs, kartofler og grøntsager. Jeg vil ikke behandle mine gæster dårligt. Man skal tage hensyn. Og så... Altså hvis jeg serverer noget for gæster, så er det altid med salat eller med kogte grøntsager. Så er det jeg... nu for eksempel i går aftes, da var vores børn og spise, ikke også, og så ved du hvad, så har jeg lavet en stor skål salat, og så får de sovs og kartofler, og så får jeg bare en bøf og salat, ikke. Jeg får ikke kartofler og sovs.

På denne måde viser Inge, ligesom de andre deltagere, hvordan hun justerer medicinens definerede compliance i skiftende kontekster: Hun bevæger sig mellem forskellige kontekster (i interviewet, hvor hun refererer til dagligdagen): Hun navigerer i en kontekst mellem de medicinske regimer og de regler, der gælder for en høflig gæst og det at spise ude. Og hun navigerer i den næste kontekst mellem de medicinske regimer og de regler, der gælder for en værtinde. På den måde viser hun, hvordan hun sammenkæder den medicinske definerede compliance med reglerne for gæsten og skaber en kontekst for en version af compliance-i-gæst-praksis. Og ligeledes compliance-i-spise-ude-praksis. Og hun viser derefter, hvordan hun sammenkæder den medicinske definerede compliance med reglerne for værtinden og skaber en kontekst for en version af complian-

ce-i-værtinde-praksis. Dette sker i hendes kontinuerligt pågående compliance praksis, hvor hun er compliant over for de medicinske regimer og compliant over for de konkurrerende hverdagsforhold, som at være en god gæst og en god værtinde.

Kampen om sandheden – kombatteringen om compliance

Hvad kan vi lære af denne artikels compliance-analyse, den anvendte tilgang og de metodologiske greb, der åbner op for forståelsen af compliance som et elastisk begreb?

Artiklens compliance-analyse kan læses som en empirisk-baseret og reflektiv kritik af det konstante og absolutte medicinske compliance-begreb. Artiklens metodologiske greb, 'analytic bracketing', kan forstås som "critical bracketing... built into the analytics" (Gubrium og Holstein 2000: 503-504). Compliance har ovenfor, fra eksempel til eksempel, kontinuerligt bevæget og ændret sig fra kontekst til kontekst i deltagernes praksis af den medicinske compliance. Compliance eksisterer dermed – bliver meningsfuld – igennem den empiriske sociale praksis. Med de empiriske eksempler har artiklen forsøgt at demonstrere en bevægelig proces, hvori compliance ikke alene eksisterer som et medicinsk defineret moralsk absolut eller en medicinsk sandhed, men som en *kamp* om den medicinske compliance, en *kamp* om sandheden om compliance. Ved at indtænke compliance som et elastisk begreb kommer der således til at ligge en 'demokratisk konflikt' (Lykkeberg 2012) i compliance-begrebet – hvor sandheden om compliance og sandheden om, hvad der er æstetisk, sundt og godt ikke er givet. Den empiriske fremstilling af elasticiteten i compliance har dermed forsøgt at vise, hvordan artiklens analytiske program og metodologiske greb leder til en empirisk baseret kritik af den medicinske definerede sandhed om compliance. Jeg vil diskutere nogle underpunkter af denne compliance-kritik i det følgende.

For det første leder analysen hen til en diskussion af, hvordan deltagerne kontinuerligt er *adækvat* compliant. Idet deltagerne kontinuerligt former forskellige former af compliance, *forhindres en bedømmelse* – og for-dømmelse – af det korrekte og ikke korrekte, det compliant og ikke-compliant, normale og afvigende (Gubrium og Holstein 1997). *Bedømmelsen* af det

æstetiske, det sunde, det gode forhindres. Non-compliance udelukkes og bliver ikke et issue. Der er, a priori, ingen privilegeret version af compliance. Deltagerne er moralsk kompetente aktører, der igennem sine daglige, situerede behandlingsbeslutninger - i praksis - grundlægger og retfærdiggør den compliance, de til enhver tid former. Som en hjemme-compliance, en i byen-compliance, en gæst-compliance etc. Der er det, vi kunne kalde *'leaky boundaries'* (Egan 2006) mellem den medicinsk definerede compliance og forskellige former for regler og roller som at være mor, gæst, værtinde etc. – moralske forhold - fra hverdagslivet, der "lækker" over til den medicinsk definerede compliance, "smutter igennem" afgrænsningen til den medicinsk definerede compliance og sammenkædes med den medicinsk definerede compliance. En moralsk standard for compliance får dermed ingen mening. Compliance foregår som et moralsk arbejde⁶.

Deltagerne fremfører således kontinuerligt *'morally adequate accounts'* (Monaghan 1999) for deres håndtering af kolesterotet i deres compliance praksis. De kontekstuelle versioner af compliance fungerer som *'morally adequate accounts'*. Lee Monaghan drøfter på tilsvarende vis bodybuilders beslutninger om præparatbrug og andre behandlinger som *'morally adequate accounts'* i en etnofarmakologisk analyse af bodybuilders navigering mellem medicinsk-lægelig vejledning om præparater og lægfolks ditto.

Dette leder i næste omgang til en diskussion af, hvordan deltagerne kontinuerligt "gør" en normalitet (Voysey 1975). Det normale bliver den form for compliance, der gælder i konteksten "her og nu". Afvigelse bliver dermed – ligesom non-compliance – intet issue. Eller måske opererer deltagerne snarere hinsides modsætningen mellem normalitet og afvigelse. Eller vi kunne spørge: Hvilken normalitet er det, deltagerne kontinuerligt praktiserer? Er det stadig en medicinsk defineret normalitet, deltagerne producerer og reproducerer? For:

For det andet leder analysen af compliance-elasticiteten til en diskussion af, hvorvidt og i hvilken grad, deltagerne producerer og reproducerer den medicinsk-in-

stitutionelle compliance-diskurs – og dermed, hvorvidt og i hvilken grad, en medicinsk magt produceres og reproduceres som den anden side af medicinsk kundskab igennem deltagernes brug af, produktion og reproduktion af de medicinske regimer (Foucault 1980). De råd om behandling og ordinationer, deltagerne modtager fra sundhedspersonalet, kan måske ses som *'ruling relations'* (Smith 1990). Når folk anvender disse *ruling regimens* (i f.eks. skin-dialoger som såkaldt *'informeret beslutningstagen'*, *'fælles beslutningstagen'* og *'motiveret samtale'* eller *'egen-omsorg'*), producerer og reproducerer de måske netop den ikke-synlige magt - dog højst tilstedeværende magt - der ligger i deres relation til sundhedsvæsenet. Deltagerne afviser ikke den medicinske compliance. Deltagernes symptomløse tilstand gøres netop til en diagnose og et problem igennem deres – compliance - reproducerende sygelig-gørelse og patient-gørelse af den ellers raske tilstand.

Intentionen med compliance-analysen ovenfor er ikke at fremstille fotografisk og absoluttistisk, hvorvidt eller hvor meget, den medicinsk definerede compliance produceres og reproduceres. Det, den empiriske tegning leder opmærksomheden hen på – og som den forlader som et åbent spørgsmål - er en diskussion af, hvorvidt og hvor meget, deltagerne styres af de medicinske regimer (eller den medicinske fortælling om compliance) på den ene side, og hvorvidt og hvor meget, der er frit spil for en eventuelt fri moralsk-kompetent aktør med en fri vilje på den anden side. Analysen viser dog netop, hvordan det er den *medicinsk definerede* compliance, der produceres og reproduceres af deltagerne. Samtidig som analysen peger på, hvordan deltagerne ikke er "dopede" af de medicinske regimer - de er ikke *'judgmental dopes'* (Gubrium og Holstein 1997); de er ikke determinerede pupper. Der er hele tiden en åbning for den liberale, moralsk-kompetente aktør. Således refererer compliance ikke til et totaliserende panoptikon, men snarere det, der måske kunne kaldes en minimalistisk udgave af panoptikon (Holstein og Gubrium 2000a; Foucault 1977), hvor der stadig er et aktivt subjekt til stede, der netop på *moralsk-kompetent* vis former og re-former compliance. Den medicinsk-institutionelt tilgængelige fortælling om compliance kan således måske ses som en *'going concern'* (Hughes 1942): en størrelse, der er institutionelt givet, men i kontinuerlig bevægelse.

6 Artiklens compliance-analyse peger på, hvordan deltagerne forankrer deres compliance i ikke alene en science-rationalitet, men ligeså meget en praktisk, situeret rationalitet (Garfinkel 1964; Wynne 1996)

Eller sagt igennem en parallel med D. Lawrence Wieders (1974) studie af et hus for tidligere indsatte (*ex-convicts*), hvor Wieder, empirisk baseret, diskuterer den 'kode' eller 'kodeks' – *code of conduct* – der bruges i huset: Parallelt med, hvordan Wieder demonstrerer, hvordan beboerne – som moralsk-kompetente aktører – i huset opererer med og er compliant med en særlig *convict code*, der mere eller mindre styrer deres sociale relationer, har denne artikel forsøgt at vise, hvordan den medicinske fortælling om compliance fungerer som et mere eller mindre styrende kodeks, deltagerne bruger til kontinuerligt at kode håndteringen af kolesterole, samtidig som de moralsk-kompetent skaber dette kodeks⁷. Wieder beskriver og diskuterer *hvad* koden indebærer i vekselvirkning med *hvordan* beboerne bruger og reproducerer koden på acceptabel facon i deres interaktion. Koden er dog netop ikke personalets formelle regel for adfærden, men beboernes uformelle kode for deres relationer. Parallellen leder os derfor også til at diskutere, i hvor stor grad den medicinske fortælling om compliance er deltagerens kodeks – eller hvorvidt deres kodeks for håndteringen af kolesterole defineres ligeså meget af et mere nuanceret kodeks, der indebærer hverdagslivets roller og regler, vaner og rutiner.

Hvilket leder hen til et tredje omdrejningspunkt for, hvor artiklens analyse af compliance leder hen: I analysen ovenfor fremstilles fortællingen om den medicinsk definerede compliance som deltagerens "store" fortælling om, hvordan de "bør" håndtere kolesterole. Men er medicinens fortælling nødvendigvis den "store" fortælling? Deltagerne taler også om, at "man skal ikke være for asketisk". Befinder den store fortælling om, hvordan kolesterole bør håndteres, sig således i en spænding mellem den asketiske medicinske fortælling på den ene side og en "du skal ikke være for asketisk"-fortælling på den anden? Måske er den store fortælling om compliance - for deltagerne – i stedet

en fortælling, der bevæger sig hinsides 'control' og 'release' (Lupton og Chapman 1995).

Lina-Klara Hoel Felde

Ph.d., Lfelde@health.sdu.dk

Artiklen blev skrevet under et forløb med et stipendium fra Novo Nordisk Fonden.

Abstract

Medically, the concept of compliance refers to the extent to which patients' response to medical advice coincides with doctors' orders. Compliance works as a taken-for-granted absolute. A moral standard. At the same time an empirical material based on interviews with people with a 'symptomless disease' directs attention to the *elasticity* of the concept of compliance. The empirical material demonstrates the way compliance ongoingly is created in *shifting contexts* in everyday social practice. It is these context shifts that reveal the elasticity of compliance. Compliance is ever-emerging, ebbing and flowing. A constructionist analytics - embedded in ethnomethodological and foucauldian orientations - is applied to the empirical analysis. The aim of this article is to discuss the way methodological moves of this constructionist approach open to view the analysis of the elasticity of compliance. Empirical examples will show how this approach sensitizes us to the elasticity of compliance and reveals a critique of the medical concept of compliance.

Keywords:

Analytic bracketing, compliance, constructionism, discourse, ethnomethodology

Referencer

- Blumer, H. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Conrad, P. 1985. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine* 20: 29-37.
- Donovan, J.L. og D.R. Blake 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine* 34: 507-513.
- Egan, R.D. 2006. *Dancing for dollars and paying for love*. New York: Palgrave Macmillan.
- Felde, L.K.H. 2011a. *Identity work among people*

⁷ Parallellen med Wieders studie leder også opmærksomheden hen på den dobbelte bund eller dobbelte pointe i analysen af compliance i denne artikel: For det første er der en etnometodologisk pointe i, at deltagerne "fortæller compliance" "as a proper telling of the code" (Wieder 1974: 157); deltagerne tager for givet, at folk i den sociale interaktion er compliant med de givne regler. Den dobbelte pointe ligger så, for det andet, i, at denne artikel som substantielt genstandsfelt har analysen af selve compliance-begrebet.

- with elevated cholesterol – the everyday elasticity of compliance with medical regimens.* Afhandling DPU-Aarhus Universitet.
- Felde, L.K.H. 2011b. 'I take a small amount of the real product': Elevated cholesterol and everyday medical reasoning in liminal space. *Health* 15/6: 604-19.
- Felde, L.K.H. 2011c. Elevated cholesterol as biographical work – expanding the concept of biographical disruption. *Qualitative Sociology Review* 7/2: 101-20.
- Felde, L.K.H. 2011d. The everyday elasticity of compliance in a symptomless disease. *Communication and Medicine* 8/2: 123-34.
- Foucault, M. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. London: Harvester.
- Foucault, M. 1977. *Discipline and Punish*. New York: Vintage.
- Garfinkel, H. 1967. *Studies of Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Garfinkel, H. 1964. Studies of the Routine Grounds of Everyday Activities. *Social Problems* 11/3: 225-50.
- Garfinkel, H. 1960. The rational properties of scientific and common sense activities. *Behavioral Science* 5/1: 72-83.
- Gubrium, J.F. og J.A. Holstein 2012. Theoretical validity and empirical utility of a constructionist analytics. *The Sociological Quarterly* 53: 341-59.
- Gubrium, J.F. og J.A. Holstein 2009. *Analyzing Narrative Reality*. Thousand Oaks: Sage.
- Gubrium, J.F. og J.A. Holstein 2000. Analyzing interpretive practice. I *The handbook of qualitative research*, red. N.K. Denzin Y.S. Lincoln, 487-508.
- Gubrium, J.F. og J.A. Holstein 1997. *The New Language of Qualitative Methods*. New York: Oxford University Press.
- Holstein, J.A. og J.F. Gubrium 2000a. *The Self We Live By*. New York: Oxford University Press.
- Holstein, J.A. og J.F. Gubrium 2000b. *Constructing the Life Course*. New York: General Hall.
- Holstein, J.A. og J.F. Gubrium 1995. *The Active Interview*. Thousand Oaks: Sage.
- Hughes, E.C. 1984. Going concerns: The study of American institutions. I *The Sociological Eye: Selected Papers*, red. D. Riesman & H.S. Becker, 52-64. New Brunswick: Transaction [1942].
- Hunt, L.M., B. Jordan, S. Irwin og C.H. Browner 1989. Compliance and the patient's perspective: Controlling symptoms in everyday life. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13/3: 315-334.
- Lupton, D. and S. Chapman 1995. 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness* 17/4: 477-494.
- Lykkeberg, R. 2012. *Alle har ret – Demokrati som princip og problem*. København: Gyldendal.
- Monaghan, L. 1999. Challenging medicine? Bodybuilding, drugs and risk. *Sociology of Health & Illness* 21/6: 707-734.
- Smith, D. 1990. *The Conceptual Practices of Power – A Feminist Sociology of Knowledge*. Toronto: University of Toronto Press.
- Trostle, J.A. 1988. Medical compliance as an ideology. *Social Science & Medicine* 27/12: 1299-1308.
- Trostle, J.A., W.A. Hauser og I.S. Susser. 1983. The logic of noncompliance: management of epilepsy from the patient's point of view. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7: 35-56.
- Voysey, M. 1975. *A constant burden*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wieder, D.L. 1974. *Language and Social Reality*. The Hague: Mouton.
- Wittgenstein, L. 1958. *Philosophical investigations*. New York: Macmillan.
- Wynne, B. 1996. May the Sheep safely graze? A Reflexive view of the expert-lay knowledge divide. I *Risk, Environment and Modernity: Towards a New Ecology*, red. Lash, S., B. Szerszynski & B. Wynne. London: Sage.